

**BEZOARDS DIGESTIFS : ANALYSE de DEUX OBSERVATIONS AU SERVICE DE CHIRURGIE VISCERALE DE L'HOPITAL NATIONAL DONKA**

**DIGESTIVE BEZOARDS: ANALYSIS OF TWO CASES AT THE VISCERAL SURGERY DEPARTMENT OF THE NATIONAL HOSPITAL DONKA**

**Baldé AK<sup>1</sup>, Camara FL<sup>1</sup>, Baldé OT<sup>1</sup>, Baldé H<sup>1</sup>, Diakité SY<sup>1</sup>, Diallo AD<sup>1</sup>, Camara AK<sup>2</sup>, Baldé TM<sup>1</sup>, Touré A<sup>3</sup>, Diallo AT<sup>3</sup>, Diallo B<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>-Service de chirurgie viscérale de l'Hôpital National Donka du Centre Hospitalier Universitaire de Conakry – Guinée ;

<sup>2</sup>-Service de chirurgie Thoracique de l'Hôpital National Donka du Centre Hospitalier Universitaire Conakry – Guinée ;

<sup>3</sup>-Service de chirurgie générale de l'Hôpital National Ignace Deen du Centre Hospitalier Universitaire de Conakry – Guinée

**Auteur correspondant : Dr BALDE Abdoulaye Korsé, Service de Chirurgie Viscérale de l'Hôpital National Donka du Centre Hospitalier Universitaire de Conakry. BP : 1084 Conakry R. Guinée. Tel. : (+224) -622 010 060 ; E-mail : baldakor@gmail.com.**

---

**Résumé**

**Introduction :** le bézoard digestif est un conglomérat indigeste piégé dans le tractus gastro-intestinal. **But :** discuter les difficultés diagnostiques et thérapeutiques à travers deux cas que nous rapportons.

**Observations :** **1 –Fille** FB.B, 11 ans d'âge, sans antécédents pathologiques particuliers présentant depuis trois mois des douleurs épigastriques, des vomissements alimentaires, des éructations nauséabondes avec une halène fétide, sans troubles gastro-intestinaux. L'examen clinique mettait en évidence une pâleur conjonctivale modérée et un empâtement épigastrique. L'échographie abdominale est gênée par un artefact dans la région épigastrique. L'endoscopie digestive haute montrait un trichobézoard obstruant l'estomac, du fundus à l'antrum pylorique. L'indication d'une gastrotomie d'extraction du trichobézoard était réalisée ; les suites opératoires étaient simples. **2 –Madame** A.C. femme au foyer âgée de 27 ans, au régime alimentaire riche en fibre et argile blanche, admise dans le service pour douleurs

abdominales diffuses d'installation progressives, vomissements liquidiens abondants, arrêt des matières/gaz évoluant depuis 72 heures. L'examen clinique retrouvait une distension abdominale, un tympanisme diffus et un hyper péristaltisme. Le bilan biologique montrait une anémie microcytaire de 10g /dl. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait des images hydro-aériques nombreuses, centrales plus larges que hautes. Une entérotomie d'extraction du phytobézoard avec suture était réalisée. Les suites opératoires étaient simples. **Conclusion :** le bézoard reste une pathologie rare et curieuse par sa nature. Son diagnostic pré-opératoire difficile dans notre contexte. La prise en charge psychiatrique des patients est utile.

**Mots clés :** bézoard, digestif, estomac, grêle, chirurgie, CHU, Conakry.

**SUMMARY**

**Introduction:** The digestive bezoar is an indigestible conglomerate trapped in the

gastrointestinal tract. **Purpose:** To discuss the diagnostic and therapeutic difficulties through two cases we report. **Cases report: 1 - Girl FB.B, 11 years old with no particular pathological history presenting for three months epigastric pain, food vomiting, nauseating eructation with a foul halene, without gastrointestinal disorders. Clinical examination revealed moderate conjunctival pallor and epigastric impaction. The abdominal ultrasound was obstructed by an artifact in the epigastric region. Upper GI endoscopy showed a trichobezoar obstructing the stomach from the fundus to the pyloric antrum. The indication for a gastrotomy to extract the trichobezoar was carried out; the operative sequelae were simple. 2 - Mrs. A.C., a 27 year old housewife, with a diet rich in fiber and white clay, admitted to the department for diffuse**

*abdominal pain of progressive installation, abundant liquid vomiting, cessation of matter/gas evolving for 72 hours. Clinical examination revealed abdominal distension, diffuse tympanism and hyperperistalsis. The biological assessment showed a microcytic anemia of 10 g/dl. The X-ray of the abdomen without preparation showed numerous hydro-aerial images, central images wider than high. An enterotomy of phytobezoar-extraction with suture was performed. The postoperative follow-up was simple. Conclusion: bezoar remains a rare and curious pathology by its nature. Its preoperative diagnosis is difficult in our context. Psychiatric care of patients is useful.*

**Key words :** bezoar, digestive, stomach, hail, surgery, CHU, Conakry.

## INTRODUCTION

Les bézoards gastro-intestinaux sont une concrétion de substances indigestes piégées dans le tractus gastro-intestinal. Ces substances peuvent être formées par une variété de matériaux ingérés intentionnellement ou accidentellement [1,2]. C'est une affection rare, secondaire à l'accumulation inhabituelle sous forme de masse solide ou de concrétions, de substances de diverses natures à l'intérieur du tube digestif. Elle peut être asymptomatique ou provoquer des douleurs abdominales, des saignements gastro-intestinaux, une obstruction gastrique ou intestinale, une ulcération et une perforation [1]. Il faut souligner l'importance de l'endoscopie digestive haute et la tomodynamométrie en spirale à tranches multiples dans l'approche diagnostique des bézoards [3]. Le traitement peut se faire par fibroscopie ou par cœlioscopie, mais le moyen le plus efficace reste la chirurgie [4]. Nous rapportons deux cas de bézoards digestifs à travers lesquels

seront discutées les difficultés diagnostiques et thérapeutiques.

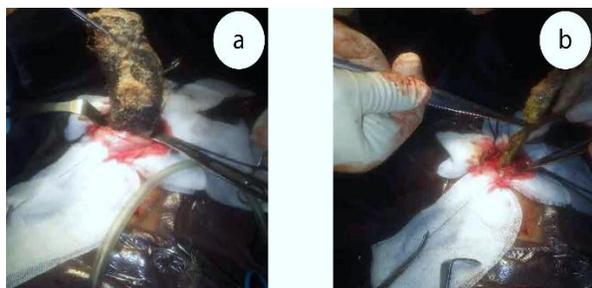
## NOS OBSERVATIONS

**Observation 1 :** il s'agit d'une fille de 11 ans, sans antécédents pathologiques particuliers reçue en Novembre 2017, qui présentait depuis trois (3) mois, des douleurs épigastriques à type de crampes et de pesanteur post prandiale associées à des vomissements alimentaires, des éructations nauséabondes avec une halène fétide, sans troubles gastro-intestinaux. L'examen clinique met en évidence une perte pondérale, une pâleur conjonctivale modérée et un empâtement épigastrique. L'échographie abdominale réalisée en première intention était gênée par un important artefact dans la région épigastrique. La patiente a été ensuite explorée par une endoscopie digestive haute qui a montré un grand trichobézoard obstruant l'estomac du fundus à l'antra avec extension dans le duodénum mélangé à des débris de charbon (figure 1).



**Figure 1 : image endoscopique montrant le trichobézoard et des débris de charbon.**

L'indication d'une gastrotomie d'extraction du trichobézoard retenue était réalisée (figure 2).



**Figure 2 : Extraction du trichobézoard : (a) gastrique (b) prolongement duodéno-jéjunal (55 cm env.)**

La pièce opératoire (figure 3) était faite de cheveux et de débris de charbon, d'aliments non digérés. Elle avait la forme des segments digestifs qui l'abritaient et mesurée environ 80 cm de longueur. Les suites opératoires étaient simples. Une prise en charge psychiatrique était instaurée par la suite chez cette malade.



**Figure 3 : pièce opératoire (trichobézoard gastro-jéjunal) de 80 cm environ.**

**Observation 2 :** Patiente de 27 ans, sans antécédents particuliers, au régime alimentaire riche en fibres et en argile blanche, admise dans le service en juin 2014 pour des douleurs abdominales diffuses d'installation progressive associées à des vomissements liquidiens abondants suivis d'un arrêt des matières et des gaz, le tout évoluant depuis 72 heures. L'examen clinique révélait une distension abdominale, un tympanisme diffus et un hyper péristaltisme.

Le bilan biologique montrait une anémie microcytaire de 10g/dl. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) mettait en évidence des images hydro-aériques nombreuses, centrales plus larges que hautes (figure 4).



**Figure 4 : ASP montrant des images hydro-aériques grêliques**

La prise en charge thérapeutique a consisté à une entérotomie (figure 5) d'extraction du phytobézoard en bord libre avec suture réparatrice. Le phytobézoard siégeait dans la lumière iléale à environ 50 cm de l'angle iléo-caecal étalé sur 10 cm avec retro-distension des anses en amont et un aplatissement en aval. Les suites opératoires étaient simples.



**Figure 5 : image d'extraction du phytobézoard.**

## **DISCUSSION**

Le bézoard désigne une affection rare, secondaire à l'accumulation inhabituelle sous forme de masses solides ou de concrétions de substances de diverses natures à l'intérieur du tube digestif et plus particulièrement au niveau de l'estomac [5]. Il existe quatre types différents nommés d'après le matériau qui les compose : les trichobézoards, résultant de l'ingestion de cheveux ; phytobézoards à base de légumes et de fibres de fruits indigestibles ; lacto-bézoards qui sont formés à partir de lait caillé ; et pharmaco-bézoards causés par des médicaments [5-6].

Les trichobézoards surviennent surtout dans les troubles psychiatriques, tels que la trichotillomanie et la trichophagie. Ils sont plus fréquents chez les jeunes femmes et situés fréquemment dans l'estomac, avec une extension possible jusqu'à la jonction iléo-colique ; Les phytobézoards sont le type le plus commun, affectant généralement la partie la plus étroite de l'intestin grêle entraînant une occlusion de l'intestin par impaction [6]. Les facteurs prédisposants

comprennent une chirurgie gastrique antérieure, une gastrite chronique, la maladie de Crohn, un carcinome gastro-intestinal, une déshydratation, une hypothyroïdie, un âge avancé, un diabète, une neuropathie ou une dystrophie myotonique. De plus, une ingestion excessive d'aliments contenant de la cellulose, une mastication insuffisante, une mauvaise hygiène dentaire, des médicaments ou d'autres maladies myotoniques peuvent entraîner leur formation [6,7]. Notre étude concernait deux sujets jeunes de sexe féminin, l'une trichotillomane et trichophage et l'autre au régime alimentaire riche en fibres et en argile blanche.

Les manifestations cliniques peuvent varier selon les différentes tailles de bézoards, les sites d'obstruction et le degré de celle-ci. Les manifestations les plus courantes sont des obstructions intestinales mécaniques complètes, telles que douleurs abdominales, ballonnements, nausées et vomissements. De plus, une masse abdominale, les saignements gastro-intestinaux, une perforation jéjunale, ou une pancréatite aigüe imputable à l'obstruction de l'ampoule de Vater par un prolongement du trichobézoard (syndrome de Rapunzel) peuvent être observés [8,9]. Dans notre cas, nous avons présenté deux observations de bézoards. Le premier réalisait un empatement gastrique avec douleurs abdominales à type de crampes et de pesanteur post prandiale associées à des vomissements alimentaires, des éructations nauséabondes. Tandis que le second réalisait une occlusion complète d'installation progressive avec douleurs abdominales, vomissements, et arrêt des matières et gaz.

La présence de ces bezoards dans le tube digestif n'induit pas systématiquement des perturbations profondes des paramètres biologiques. L'hémogramme peut indiquer une anémie hypochrome modérée ou une hypoalbuminémie [7].

La fibroscopie œso-gastro-duodénale reste l'examen de choix en ce qui concerne le

diagnostic du trichobézoard en permettant la visualisation de cheveux enchevêtrés comme signe pathognomonique. Elle peut, parfois avoir un intérêt thérapeutique en permettant l'extraction endoscopique de petits trichobézoards. L'échographie ne permet de poser le diagnostic que dans 25 % des cas, en visualisant une bande superficielle, hyperéchogène, curviligne avec un net cône d'ombre postérieur [6]. La radiographie de l'abdomen peut montrer une masse envahissant la poche à air gastrique, ou des niveaux hydro-aériques mais permet rarement de retrouver la masse en cause dans l'occlusion : risque de confusion avec des selles ou un abcès. La tomодensitométrie (TDM) donne une sensibilité diagnostique des occlusions aiguës sur bézoard dans 73% à 95%. Elle pose le diagnostic positif de l'occlusion, précise le siège et la forme du bézoard (masses rondes, ovales ou tubulaires avec des limites nettes situées à l'intérieur de la lumière intestinale) [7,9]. Dans notre première observation, le diagnostic du trichobézoard a été endoscopique montrant des débris de cheveux et de charbon. L'échographie n'avait pas été contributive. Dans la deuxième observation, le diagnostic d'occlusion grêlique sur bézoard a été per-opératoire. L'interrogatoire et la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP), seuls moyens accessibles en urgence avaient permis le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë et non l'étiologie.

Le traitement peut être la dissolution enzymatique, l'extraction endoscopique ou la chirurgie [6].

La dissolution chimique de certains bézoards a été tentée avec la cellulase, l'acétylcystéine, la papaïne, le bicarbonate de sodium et de nombreux autres produits. L'indication la plus nouvelle correspond à l'instillation de Coca-Cola indiquée par Ladas en 2002.

Études récentes ils expliquent le succès de Coca-Cola sous toutes ses formes commerciales, chez près de 50% des patients, même si son mécanisme d'action et ses volumes optimaux ne sont pas parfaitement clairs. L'indication la plus recommandée est l'absorption ou l'instillation de 3000 ml en 12h [10].

Le traitement chirurgical permet l'extraction du trichobézoard gastrique à travers une gastrotomie, ainsi que l'extraction d'éventuels prolongements ou fragments bloqués à distance de l'estomac à travers une ou plusieurs entérotomie. Récemment, la voie laparoscopique a été proposée comme une alternative à la laparotomie. Par ailleurs, une prise en charge psychiatrique à base de thérapie comportementale, d'éducation parentale et de traitement médical, doit souvent être instaurée chez les patients présentant une trichophagie. En général, l'évolution en post opératoire est bonne [6-8]. Dans notre étude, la chirurgie était le mode de traitement utilisé. La première patiente avait bénéficié d'une gastrotomie d'extraction du tricho-bézoard qui a suffi sans entérotomie à extraire son prolongement duodeno-jéjunal. Chez la seconde, une entérotomie sur bord libre avait permis l'extraction du phytobézoard. Les suites opératoires étaient simples dans les deux cas.

## CONCLUSION

Le bézoard est une curiosité pathologique du fait de sa nature et de sa rareté. Des zones d'ombres subsistent encore concernant la physiopathologie des bézoards. Son diagnostic pré-opératoire reste difficile en raison du coût onéreux du scanner pourtant examen clé du diagnostic pour des populations sans couverture sanitaire universelle.

## REFERENCES

**1-González RE.** Bézards gastro-intestinaux: mythes et réalités. Rev Méd Chili 2016, 144(8)

**2-Iwamuro M, Okada H, Matsueda K, Inaba T, Kusumoto C, Imagawa A, Yamamoto K.** Examen du diagnostic et de la gestion des bézards gastro-intestinaux. World J Gastrointest Endosc 2015;7(4):336–345.

**3-Wang PY, Wang X, Zhang L, Li HF, Chen L, Wang X, Wang B.** Obstruction de l'intestin grêle induite par Bezoar: caractéristiques cliniques et valeur diagnostique de la tomодensitométrie en spirale à coupes multiples. World J Gastroenterol 2015;21(33):9774-9784

**4-Ghizlane G, Kisra M, Benhmamouch M :** le trichobézoard chez l'enfant, faculté de médecine et de pharmacie de l'université Roi Mohamed V Thèse, 2011, 2-97.

**5-Moujahid M, Ziadi T, Ennafae I, Kechna H, Ouzzad O, EL Kandry S.** Un cas de trichobezoard gastrique. Pan Afr Med J. 2011, 9:19.

**6-Ben Hassine L, Menif I, Lahmarn L, Louati H, Douira W, Bellagha I.** Une cause rare de masse épigastrique: bézoard gastro-duodéal. Tunisie Med 2015;93(8):491-493.

**7- Farouk A, Diffaa A, Krati K.** Le Bézoard gastrique : à propos de deux observations et revue de la littérature, HEGEL 2013, 2(2) :124-127.

**8- Yakan S, Sirinocak A, Telciler KE, Tekeli MT, Deneçli AG.** A rare cause of acute abdomen: small bowel obstruction due to phytobezoar. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2010;16:459-463.

**9-Brice R., Abdennaceur D., Lionel R et Al :** Phytobézoard, une cause inhabituelle d'occlusion de grêle. Presse Med 2015, 44(4) :476-477.

**10-S. Occhionorelli , 1 M. Zese , 1 S. Targa , 1 L. Cappellari , 2 R. Stano , 2 et G. Vasquez :** Un cas rare de double phytobézoard provoquant une obstruction gastrique et jéjunique chez un homme adulte: à propos d'un cas. J Med Case Rep 2016; 10: 350.